

گزارش یک مورد تومور تروفوبلاستیک حاملگی (GTT) متعاقب حاملگی خارج رحمی

دکتر آذر دانش*، دکتر مریم حاج هاشمی**^۱

*استادیار گروه زنان- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، **استادیار، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۱۳ تاریخ تایید: ۸۸/۸/۲۷

چکیده:

مقدمه: تومور تروفوبلاستیک حاملگی (GTT) متعاقب حاملگی خارج رحمی یک رویداد بسیار نادر است. در این مقاله یک مورد مول مهاجم که از یک حاملگی خارج رحمی لوله‌ای نشأت گرفته بود معرفی می‌شود.

گزارش مورد: بیمار خانم ۲۶ ساله با حاملگی دوم و اولین حاملگی خارج رحمی (G2L1EP1) بود که به خاطر افزایش میزان هورمون گنادوتروپین جفتی (BHCG) بعد از عمل حاملگی خارج رحمی (EP) به بیمارستان شهید بهشتی اصفهان ارجاع شد. درمان اولیه EP بیمار با عمل سالپنژکتومی بوده است. پیگیری پاتولوژی سالپنژکتومی مول مهاجم تشخیص داده شد که بیمار تحت دو دوره درمان با متوترکسات قرار گرفت و با توجه به گزارش توده در آدنکس راست در سونوگرافی یک نوبت لاپاراتومی شد که باز هم تشخیص مول مهاجم بود. بنابراین بیمار تحت رژیم درمانی EMA/CO (etoposide, methotrexate, actinomycin D, cyclophosphamide, vincristine) قرار گرفت و نهایتاً با BHCG معادل ۱ مرخص شد.

نتیجه گیری: پیگیری عدد BHCG بعد از عمل جراحی EP هم برای تشخیص EP پا برجا و هم برای رد GTT بسیار مهم است هم چنین پیگیری جواب پاتولوژی اعمال جراحی در صورتی که از تشخیص نیز مطمئن هستیم ضرورت دارد.

واژه های کلیدی: مول مهاجم، حاملگی خارج رحمی، تومور تروفوبلاستیک، BHCG.

مقدمه:

تومور تروفوبلاستیک حاملگی (GTT) ناشی از حاملگی خارج رحمی یک اتفاق بسیار نادر است که حدود ۱/۵ در یک میلیون تولد گزارش شده است (۱). در این مقاله یک مورد مول مهاجم متعاقب حاملگی لوله‌ای با سالپنژکتومی درمان شده گزارش می‌شود و بر اهمیت پیگیری بیماری حاملگی خارج رحمی (EP) حتی در صورت سالپنژکتومی تاکید می‌شود.

معرفی بیمار:

بیمار یک خانم ۲۶ ساله (G2L1EP1) بود که

در تاریخ ۸۷/۱/۲۹ با BHCG: 7200 به بیمارستان بهشتی ارجاع می‌شود. در سابقه بیمار حاملگی اول منجر به تولد زنده با روش سزارین می‌شود و حاملگی دوم با تشخیص EP لوله راست در تاریخ ۸۶/۷/۲۲ منجر به سالپنژکتومی می‌شود. بعد از عمل جراحی بیمار به طور مکرر تا هنگام مراجعه لکه بینی داشته است. در معاینه، رحم اندازه طبیعی داشت. حرکت سرویکس بدون درد بود آدنکس ها چسبندگی نداشتند و خونریزی در حد لکه بینی وجود داشت. در Transvaginal sonography (TVS) انجام شده در تاریخ ۸۷/۱/۲۹ اندازه رحم ۹۰×۴۱ و بدون توده، ضخامت اندومتر 3mm، تخمدان

^۱ نویسنده مسئول: شهرکرد-خیابان پرستار-بیمارستان هاجر-گروه زنان -تلفن: ۰۳۸۱-۲۲۲۰۰۱۶، E-mail: Hajhashemi73@yahoo.com.

چپ ۲۹×۱۵، تخمدان راست ۳۲×۲۱ آدنکس پر خون گزارش شده بود. بیمار از زمان عمل جراحی تا زمان مراجعه به این مرکز یعنی تا شش ماه پس از عمل نمونه پاتولوژی سالپنژکتومی را پیگیری نکرده بود که در این زمان پیگیری شد که مول مهاجم گزارش شد.

بیمار در بخش زنان بستری می شود و میزان BHCG در تاریخ ۸۷/۲/۱ مجدداً چک می شود که ۱۱۶۰۰ گزارش می شود. سایر آزمایشات از جمله تیروئید و کبد بیمار طبیعی گزارش می شود. گرافی قفسه سینه (Chest X-ray=CXR) نرمال است برای بیمارسی تی اسکن (CT) ریه انجام می شود که نرمال گزارش می شود. از تاریخ ۸۷/۲/۲ بیمار تحت شیمی درمانی با متوترکسات (Methotrexate=MTX) به صورت ۱ mg/kg یک روز در میان به صورت یک دوره ۴ روزه قرار می گیرد. پس از پایان درمان BHCG، ۴۴۰۰ گزارش می شود. طبق پروتکل درمان GTT، BHCG به صورت هفتگی پیگیری می شود. در تاریخ ۸۷/۲/۲۱ BHCG = ۳۶۰۰ و در تاریخ ۸۷/۲/۲۹ ۴۸۵۰ گزارش می شود و با توجه به بالا رفتن BHCG بیمار مجدداً بستری می شود. در تاریخ ۸۷/۲/۳۰ بیمار مجدداً سونوگرافی می شود که رحم با اندازه نرمال و ضخامت اندومتر 6mm گزارش می شود. آدنکس راست ۶۰×۳۶ حاوی توده Mixed echo با جدار ضخیم و با مایع آزاد مختصر در اطرافش گزارش می شود که مطرح کننده بقایای ضایعه قبلی بوده است. بیمار مجدداً تحت درمان ۴ روزه با MTX قرار می گیرد و در پیگیری های BHCG همچنان عدم کاهش مناسب BHCG گزارش می شود.

به علت BHCG ثابت در حد ۱۷۵۰، بیمار در تاریخ ۸۷/۵/۲۰ تحت لاپاراتومی قرار می گیرد که کلافه عروقی در لیگامان پهن و انفندیلوپلویک و آدنکس راست مشاهده می شود. با تشخیص تهاجم عروقی مول مهاجم توده رها می شود. اکسپلوراسیون کامل شکم انجام شده که منفی بود. بعد از عمل بیمار تحت درمان با رژیم EMA/CO قرار می گیرد. BHCG بیمار بعد از دادن رژیم EMA/CO افت می کند. نهایتاً تا تاریخ

بحث:

GTT متعاقب حاملگی خارج رحمی یک رویداد بسیار نادر است و حداکثر ۴-۷۶٪ درصد از GTT ها متعاقب EP رخ می دهند. کوریو کاسینوم متعاقب EP هم گزارش شده است (۲،۱). کوریو کاسینوم لوله متعاقب حاملگی ترم که EP لوله را تقلید می کند هم گزارش شده است (۳،۴،۵،۶). ممکن است علایم اولیه کاملاً شبیه EP باشد: آمنوره، خونریزی واژینال و بالا رفتن تتر BHCG، به طوری که ۸ مورد آن از سال ۱۹۶۲ تا ۱۹۸۱ توسط John I. Brewer از مرکز بیماری های تورفوبلاستیک شمال غرب امریکا با همین علایم گزارش شده است (۴،۷،۸).

گزارش های اندکی در مورد درمان GTT متعاقب EP گزارش شده است. ۶ بیمار از ۸ بیمار گزارش شده توسط Lurian و همکاران بیماری متاستاتیک داشتند که ۲ نفر از آنها مردند (۴). در یک گزارش دیگر از Qian و همکاران (۸) از سال ۲۰۰۳-۱۹۹۹، ۱۳ بیمار GTT که به عنوان EP تشخیص اشتباه داده شده بودند بررسی شده اند که ۱۰ نفر آنها کوریو کاسینوما و ۳ نفر مول مهاجم بوده اند و محل لانه گزینی آنها لوله های فالوپ، شاخ رحم، حفره پریتون، امتموم و Rectouterin pouch بوده است. همه بیماران با ترکیب جراحی و شیمی درمانی تکمیلی بهبود یافتند. Kagel و همکاران (۹) اخیراً یک مورد را گزارش کرد که کوریو کاسینوما در نمونه لوله رحمی دیده شد و بعداً بیمار با توده مدیاستینال مراجعه کرد که با عمل جراحی برداشته شد.

ما با گزارش این نمونه اهمیت پیگیری سطح BHCG بعد از درمان EP و نیز پیگیری جواب پاتولوژی بعد جراحی را متذکر می شویم تا بتوانیم احتمال GTT را رد کنیم حتی در موارد سالپنژکتومی که قبلاً تصور

تاکید می شود چرا که گاهی عدم پیگیری باعث صدمات جبران ناپذیری می شود.

نتیجه گیری:

پیگیری عدد BHCG بعد از عمل جراحی EP هم برای تشخیص EP پابرجا و هم برای رد GTT بسیار مهم است. هم چنین پیگیری جواب پاتولوژی اعمال جراحی حتی اگر از تشخیص مطمئن هستیم ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی کسانی که ما را در این مطالعه یاری رساندند قدردانی می گردد.

می شد نیاز به پیگیری BHCG ندارد. در پیگیری BHCG بعد از EP بالا رفتن BHCG یا ثابت ماندن آن می تواند نشان دهنده EP پابرجا یا مول باشد. بنابراین تشخیص پاتولوژی بسیار اهمیت دارد. از سوی دیگر گزارش توده آدنکس در سونوگرافی همراه با بالا بودن BHCG می تواند نشان دهنده EP مجدد باشد که نیاز به رزکشن دارد ولی اطلاع از پاتولوژی مول باعث شد در این مورد این کلافه عروقی رها شود. شاید عدم اطلاع از پاتولوژی قبلی بیمار منجر به دستکاری توده و نهایتاً خونریزی بیمار می شد.

پیگیری مناسب بیماران بعد از عمل جراحی موضوع مهمی است که بر اساس این گزارش بر آن

منابع:

1. Gillespie AM, Lidury EA, Tidy JA, Hancock BW. The clinical presentation, treatment, and outcome of patients diagnosed with possible ectopic molar gestation. J Gynecol Cancer. 2004; 14: 366-9.
2. Lewis JL Jr. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. Cancer. 1993 Feb; 15(71): 1639-47.
3. Nayama M, Lucot J, Boukerrou M, Collient P, Cosson M, Vinatier D. Tubal choriocarcinoma: a case report and review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2007; 36: 83-6.
4. Lurian JR, Sand PK, Brewer JL. Choriocarcinoma associated with ectopic pregnancy. Obstet Gynecol. 1986; 68: 286-7.
5. Terada S, Ushide K, Suzuki N, Ueno H, Akafosu K. Choriocarcinoma secondary to isthmic tubal pregnancy. Gynecol Obstet Invest. 1994; 37: 69-72
6. Deckel A, Van Iddekinge B, Isaacson C, Dicker D, Feldberg D, Goldman J. Primary choriocarcinoma of the fallopian tube. Report of a case with survival and postoperative delivery. Review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 1986; 41: 142-8.
7. Balta O, Kular I, Ozkur A, Bakir K, Aksoy F, Ugur M. Primary pure ovarian choriocarcinoma mimicking ectopic pregnancy: areport of fulminant progression. Tumori. 2004; 90: 136-8.
8. Qian JH, Ye DF, Xie X. Clinical analysis of 13 cases of gestational trophoblastic tumor misdiagnosed as ectopic pregnancy. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2005; 40: 91-4.
9. Kagel T, Lemburg S, Muller K, Laczkovics A, Nicolas V, Heyer C. Mediastinal metastasis of a tubal choriocarcinoma following ectopic pregnancy as a rare cause of thoracic pain. Zentralbl Gynecol. 2006; 128: 90-4.

Received: 3/May/2009

Accepted: 18/Nov/2009

A report about a case of Gestational trophoblastic tumor associated with ectopic pregnancy

Danesh A (MD)*, Haj-Hashemi M (MD)**¹

**Assistant professor, Obstetrics and Genecology Dept., Isfahan Univ. of Med. Sci., Isfahan, Iran, **Assistant professor, Medical Plants Research Center, Shahrekord Univ. of Med. Sci, Shahrekord, Iran.*

Background and aim: Gestational trophoblastic tumor associated with ectopic pregnancy is a very rare event. This paper reports a case of an invasive mole arising from a tubal pregnancy.

Case report: Patient is a 26-year-old G2L1Ep1 who was referred to Isfahan Beheshti Hospital due to rise in BHCG level after surgery of ectopic pregnancy (EP). The patient had initially been treated with salpingectomy. The pathologic study of specimen was invasive mole. The patient underwent two period of MTX treatment. Because of sonographic report of adnexal mass, the patient underwent laparotomy. The result of laparotomy was invasive mole. The patient underwent EMACO regimen and was released when the BHCG was 1.

Conclusion: Appropriate monitoring of BHCG titers following surgery of EP is important not only to diagnose persistent EP, but also for rejecting the presence of GTT. In addition, follow up of the pathologic report is also important, although the clinical diagnose seems to be correct.

Keywords: Ectopic pregnancy, Gestational trophoblastic tumor (GTT), invasive mole.

¹Corresponding author:
*Obstetrics and Genecology Dept,
Hajar Hospital, Parastar st,
Shahrekord, Iran.*

Tel:

0381-2220016

E-mail:

Hajhashemi73@yahoo.com